

## **ДИАГНОСТИКА ЗАСТАРЕЛОГО БЛОКИРОВАННОГО ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА**

*Дитто Д.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Среди причин приводящих к нарушению функции плечевого сустава особое место занимают застарелые вывихи плеча [1,2]. Одной из форм данной патологии является передний блокированный вывих плеча (БВП), который часто представляет значитель-

ные трудности для диагностики и дифференциальной диагностики, что является причиной диагностических ошибок при первичном обращении больного [3,4,5]. Данная патология встречается преимущественно у лиц наиболее работоспособного возраста, требует длительного лечения, может приводить к временной и стойкой нетрудоспособности, а порой и инвалидности больных.

**Целью** исследования явилось изучение возможностей клинических и специальных методов исследования для диагностики переднего БВК.

**Материал и методы.** Клиника травматологии и ортопедии УО «Витебский государственный медицинский университет» располагает опытом комплексного обследования 11 больных с застарелым блокированным передний вывихом плеча. Возраст больных от 36 до 54 лет. Давность патологии составила 4 нед. - 6 больных, 5 нед.-3 и 6 нед. 2 пациентов. Мужчины составили 72,73% (8 больных), женщины 27,27% (3 пациенток). Обследование больных производили с использованием клинического, рентгенологического, магнитно-резонансного методов исследования и компьютерной томографии.

Клиническая диагностика переднего БВП основывалась на данных анамнеза: наличия или отсутствия предшествующей травмы, условий ее возникновения, характера, интенсивности и давности возникновения болевых ощущений, методов вправления и иммобилизации сустава. Клиническое обследование включало осмотр и определение объема активных и пассивных движений. Всем больным проводили рентгенографию плечевого сустава (ПС) в 2-х проекциях: передне-задней и аксиальной, причем в передне-задней проекции снимки делали в состоянии физиологического покоя и максимальном активном отведении плеча. По полученным рентгенограммам оценивали костные структуры, их взаиморасположение, конгруэнтность суставных поверхностей и величину раскрытия плече-лопаточного угла (ПЛУ).

Магнитно - резонансную и компьютерную томографию (МРТ, КТ) провели всем пациентам с предполагаемой патологией, косвенно подтвержденной клиническим и рентгенологическим методом диагностики. Исследования проводили на магнитно-резонансном томографе фирмы Picker «Vista» мощностью 1,0 Тесла, с использованием большой суставной катушки. Аксиальные косые, корональные косые и сагиттальные косые срезы толщиной 2,5-4 мм. и шагом 0,5-1 мм. выполняли с использованием последовательностей SE, FSE, GE.

Компьютерную томографию выполнили 7 больным при помощи томографа «SOMATOM ARC» фирмы Siemens, на аксиальных, корональных и сагиттальных срезах, толщиной 2 - 8 мм., оценивали изме-

нения в головке плечевой кости ее местоположение и величину дефекта костной ткани.

**Результаты и обсуждение.** На основании анализа клинического материала выявлено, что во всех случаях вне зависимости от срока и объема дефекта головки плечевой кости, отмечалась боль различной степени интенсивности и ограничение активных движений в ПС. Диагностика и дифференциальная диагностика БВП была наименее сложной. При этой патологии происходит вывих головки и она атипично располагается в переднем или переднее-нижнем отделе ПС. Этому способствует частичное или полное повреждение сухожилий коротких ротаторов плеча, хрящевой губы гленоида. Симптом пружинящей фиксации, симптом западения в подакромиальном пространстве и симптом атипичного расположения головки плеча были положительны в 100% случаев, т.е. клинические симптомы на неправильное взаиморасположение костных компонентов участвующих в образовании плече-лопаточного сочленения при подобной патологии являлись специфическими. В плане лечения вышеперечисленные симптомы не имели большой информативности.

Достоверные рентгенологические признаки у данных больных, такие как, несоответствие выпуклого и вогнутого компонентов сустава, увеличение субакромиального пространства, наложение рентгенологической тени головки плеча на гленоид лопатки и ограничение величины раскрытия плече - лопаточного угла были выявлены в 100% случаев. Раскрытие ПЛУ в этой группе пациентов в среднем было 6°. Наиболее ценную информацию для диагностики переднего БВП давали данные КТ, которые выявляли величину дефекта головки плеча и его пространственную ориентацию. Компьютерное моделирование при восстановлении конгруэнтности суставных поверхностей определяло объем оперативного пособия и возможности устранения образовавшегося дефекта. Информацию для распознавания сопутствующей патологии мягких тканей сустава давали данные магнитно-резонансной томографии. На T1w и T2w взвешенных изображениях изменение интенсивности МР-сигнала от сухожилий коротких ротаторов плеча и хрящевой губы гленоида. МРТ позволяла визуализировать истинную величину и форму измененной головки, степень площадь и нарушения в параартикулярных мягких тканях.

Таким образом, в случаях компрессии надостной мышцы клиническая и специальная (рентгенография и сонография) диагностика патологии наиболее трудна и окончательный диагноз может быть установлен МР исследованием или же во время операции при наличии у

хирурга достаточного опыта оперативных вмешательств при патологии РМП.

### **Выводы**

1. Для переднего блокированного вывиха плеча не характерен значительный полиморфизм клинических проявлений, что объясняется расположением головки плечевой кости относительно гленоидального отростка лопатки.

2. Клинический метод обследования больного и позволяет оценить состояние сухожильно-мышечного комплекса плечевого сустава и выставить диагноз переднего блокированного вывиха плеча.

3. Окончательные нарушения при переднем блокированном вывихе плеча могут быть установлены при помощи магнитно-резонансной и компьютерной томографии, которые при данной патологии являются абсолютными методами выявления и дифференциации вне зависимости от степени дефекта головки плеча и патологии мягкотканного компонента плечевого сустава.

### **Литература**

1. Архипов С.В. Посттравматическая нестабильность, заболевание ротаторной манжеты плечевого сустава у спортсменов и лиц физического труда (Патогенез. Современные методы диагностики и лечения): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.22. -Москва, 1998. -48с.

2. Прудников О.Е. Повреждения вращающей манжеты плеча, сочетанные с повреждениями плечевого сплетения Дисс. ... д-ра мед. наук - Новосибирск, 1995. -272 с.

3. Glockner-S.M. Shoulder pain a diagnostic dilemma // Am. Fam. Physician. - 1995. - Vol. 51, №7. -P. 1677-1687. P. - 1690-1692.

4. Peh W.C., Farmer T.H., Totty W.G. Acromial arch shape: assessment with MR imaging // Radiology - 1995. - Vol.195, №2. -P. 501-505

5. Schmidt H.M., Vahlensieck M. Klinisch-radiologische Anatomie der Schulterregion // Radiologe - 1996. - Bd. 36, №12. -S. 933-943